RICHIESTA DI TESSERINO MAGNETICO DI RICONOSCIMENTO

N. 12/A

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

Consegna esclusivamente a mano*

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale

residente a _____ Cap _____ via _____ n.____

cell._____

PEC _____ e-mail _____

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine al numero _____

iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di Codesto Ordine al numero _____

CHIEDE IL RILASCIO DEL TESSERINO MAGNETICO DI RICONOSCIMENTO

A tal fine allega:

- n. 2 fotografie, uguali e recenti, in formato tessera;
- copia del documento di identità.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa. ***Informativa Privacy GDPR 2016/679, PdfA***

Luogo e data _____ Firma _____

*** N.B. La presente richiesta deve essere presentata esclusivamente a mano a cura del richiedente al fine di consentire la legalizzazione delle fotografie effettuata dal personale dell'Ordine ai sensi dell'art. 34 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000.**